

Sygn. akt: I C 1244/17

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 12 lipca 2018 r.

Sąd Okręgowy w Tarnowie I Wydział Cywilny

w składzie następującym:

Przewodniczący:	SSO Irena Choma-Piotrowska
Protokolant:	St. sekr. sądowy Jolanta Kulpa

po rozpoznaniu w dniu 28 czerwca 2018 r. w Tarnowie

sprawy z powództwa A. S.

przeciwko (...) Towarzystwo (...) z siedzibą w S.

o zapłatę 112.076,29 zł

I. zasądza od pozwanego (...) Towarzystwo (...) z siedzibą w S. na rzecz powódki A. S. kwotę 112.076,29 zł (sto dwanaście tysięcy siedemdziesiąt sześć złotych 29/100) wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie liczonymi od dnia 28.12.2017 r.

II. zasądza od pozwanego (...) Towarzystwo (...) z siedzibą w S. na rzecz powódki A. S. kwotę 5.417 zł tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego z urzędu adw. H. Z..

Przewodniczący

Sygn. akt IC 1244/17

UZASADNIENIE

wyroku Sądu Okręgowego z dnia 12 lipca 2018 roku

Pozwem z dnia 04 grudnia 2017 roku skierowanym przeciwko (...) Towarzystwo (...) (dawniej) Towarzystwo (...) powódka A. S. domagała się zasądzenia od pozwanego na swoją rzecz kwoty 112.076,29 zł wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie w zapłacie liczonymi od dnia wniesienia pozwu do dnia zapłaty oraz zasądzenia od pozwanego kosztów procesu według norm prawem przepisanych, w tym kosztów zastępstwa procesowego.

Uzasadniając roszczenie powódka naprowadziła, że jest żona J. S. (1), który zmarł w dniu 05 listopada 2015 roku w Szpitalu (...) w T. w wyniku zawału serca. Wskazała, że przed śmiercią jej mąż zawarł w dniu 02 stycznia 2014 roku umowę pożyczki ze (...) z siedziba w G.. J. S. (1) podpisał deklarację zgody na przystąpienie do grupowego ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków – (...) – i opłacił jednorazową składkę w kwocie 12.948 zł. W ww. deklaracji wskazano, iż przedmiotem ubezpieczenia jest m.in. śmierć ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu, a sumę ubezpieczenia ustalono na kwotę 130.000 zł. Powódka wskazała również, że o zgonie pożyczkobiorcy, tj. jej męża J. S. (1) zawiadomiła (...) oraz (...) i jednocześnie zgłosiła do pozwanego roszczenie z tytułu grupowego ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków. Strona pozwana jednak odmówiła wypłaty

świadczenia podnosząc, że zgon J. S. (1) był następstwem chorób leczonych w okresie 12 miesięcy poprzedzających datę złożenia przez wymienionego deklaracji zgody na przystąpienie do ubezpieczenia, co wyłącza odpowiedzialność strony pozwanej.

W odpowiedzi na pozew strona pozwana wniosła o oddalenie powództwa w całości oraz o zasądzenie od powoda na swoją rzecz kosztów procesu wraz z kosztami zastępstwa procesowego według norm prawem przepisanych. W ocenie pozwanej w świetle obowiązującej strony umowy ubezpieczenia nie wystąpił wypadek ubezpieczeniowy, który zobowiązywałby pozwanego do wypłaty świadczenia.

Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

Zmarły J. S. (1) w dniu 01 stycznia 2014 roku zawarł ze (...) z siedzibą w G. umowę pożyczki (kredyt konsumencki) Nr (...). Na mocy zawartej umowy, (...) z siedzibą w G. udzieliła pożyczkobiorcy, tj. mężowi powódki pożyczki w wysokości 130.000 zł. Ww. umowa została zawarta na okres od 02 stycznia 2014 roku do 04 grudnia 2023 roku.

Zabezpieczeniem spłaty pożyczki było poręczenie dokonane przez powódkę A. S. oraz M. N., jak również przystąpienie pożyczkobiorcy do ubezpieczenia grupowego (...) i zobowiązanie do uiszczania na rzecz (...) opłaty stanowiącej zwrot kosztów ubezpieczenia w całym okresie obowiązywania umowy pożyczki. W związku z tym, zgodnie z postanowieniami umowy pożyczki J. S. (1) opłacił jednorazową składkę za ubezpieczenie w kwocie 12.948 zł.

Dowód: umowa pożyczki (kredyt konsumencki) Nr (...) z dnia 02 stycznia 2014 roku (k.24-30), formularz informacyjny dotyczący kredytu konsumenckiego (k.39-43), zeznania świadka N. S. (k.158-159).

W tym samym dniu, tj. 02 stycznia 2014 roku mąż powódki J. S. (1) – jako ubezpieczony i pożyczkobiorca - podpisał z ubezpieczycielem oraz pożyczkodawcą, tj. Towarzystwem (...) deklarację zgody na przystąpienie do grupowego ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków (...). Zgodnie z treścią tej deklaracji, przedmiot ubezpieczenia obejmował śmierć ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, śmierć ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu oraz całkowitą niezdolność ubezpieczonego do pracy w następstwie nieszczęśliwego wypadku. Suma ubezpieczenia równa była kwocie zadłużenia na dzień podpisania deklaracji zgody na przystąpienie do ubezpieczenia i wynosiła 130.000 zł. Ubezpieczenie zostało zawarte na okres od 03 stycznia 2014 roku do 02 stycznia 2024 roku.

Podpisując ww. deklarację J. S. (1) wyraził zgodę na przystąpienie do grupowego ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków – (...), na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia Następstw Nieszczęśliwych Wypadków _ (...) oznaczonych numerem (...), obowiązujących w dniu złożenia deklaracji zgody, z których treścią J. S. (1) się zapoznał i w pełni je zaakceptował.

Dowód: deklaracja zgody na przystąpienie do grupowego ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków – (...) – (k.44), zeznania świadka N. S. (k.158-159).

Stosownie do § 2 pkt 10 – 12 ogólnych warunków ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków ochrona ubezpieczeniowa obejmowała:

- śmierć ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, która nastąpiła nie później niż przed upływem 180 dni od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku,
- śmierć ubezpieczonego w następstwie udaru mózgu, tj. śmierć w następstwie udaru niedokrwienno, udaru krwotocznego, udaru podpajęczynówkowego na skutek pęknięcia tętniaka wewnątrzczaszkowego, co zostało wskazane jako wyjściowa lub bezpośrednia przyczyna zgonu w karcie zgonu lub w protokole badania sekcijnego, która nastąpiła nie później niż przed upływem 1 miesiąca od daty rozpoznania udaru mózgu,
- śmierć ubezpieczonego w następstwie zawału serca, tj. śmierć w następstwie martwicy części mięśnia sercowego, spowodowanej niedokrwieniem, co zostało wskazane jako wyjściowa lub bezpośrednia przyczyna zgonu w karcie

zgonu lub w protokole badania sekcyjnego, która nastąpiła nie później niż przed upływem 1 miesiąca od daty rozpoznania udaru mózgu.

Świadczenie z tytułu śmierci ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu wypłacane jest osobie uprawnionej w kwocie stanowiącej 100 % sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu. Ubezpieczony może wskazać imiennie jednego lub więcej uposażonych do otrzymania świadczenia w przypadku jego śmierci. Z kolei jeżeli w chwili śmierci ubezpieczonego nie ma imiennie wyznaczonego uposażonego, świadczenie ubezpieczeniowe w całości otrzymuje w pierwszej kolejności małżonek ubezpieczonego.

Ogólne warunki ubezpieczenia zostały uchwalone w dniu 28 maja 2012 roku przez Zarząd Towarzystwa (...) z siedzibą w G. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 28 maja 2012 roku.

Dowód: ogólne warunki ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków (k -45-50)

W dniu 22 czerwca 2015 roku mąż powódki J. S. (1) zawarł ze (...) z siedzibą w G. kolejną umowę pożyczki, oznaczoną jako kredyt konsumencki nr (...). Umowa została zawarta na okres od 22 czerwca 2015 roku do 24 maja 2023 roku, a całkowita kwota kredytu wynosiła 7650 zł.

Podobnie, jak w przypadku umowy pożyczki zawartej 02 stycznia 2014 roku, zabezpieczeniem spłaty zaciągniętego zobowiązania pieniężnego oprócz poręczenia miało być przystąpienie do ubezpieczenia grupowego. W związku z tym, tego samego dnia, tj. 22 czerwca 2015 roku J. S. (1) na podstawie deklaracji zgody na przystąpienie do grupowego (...) pożyczkobiorca, a mąż powódki zawarł umowę ubezpieczenia z Towarzystwem (...) z siedzibą w G.. W treści zawartej umowy ubezpieczenia sumę ubezpieczenia ustalono na kwotę 7650 zł. Podobnie, jak w przypadku zawierania pierwszej umowy ubezpieczenia w dniu 02 stycznia 2014 roku podczas zawierania umowy ubezpieczenia z (...) pośredniczył (...).

Częścią integralną ww. umowy ubezpieczenia były ogólne warunki obowiązujące w dacie zawierania umowy oznaczone numerem (...). Przedmiotem ubezpieczenia następstw nieszczęśliwego wypadku, zawału serca lub udaru mózgu z zastrzeżeniem § 4 owu jest m.in. śmierć ubezpieczonego w następstwie zawału serca. Stosownie do treści tego przepisu odpowiedzialność towarzystwa jest wyłączona, gdy śmierć ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu jest następstwem chorób zdiagnozowanych przez lekarza, leczonych lub których objawy występowały w okresie 12 miesięcy poprzedzających datę złożenia przez ubezpieczonego deklaracji zgody na przystąpienie do ubezpieczenia.

Dowód: umowa pożyczki (kredyt konsumenci) nr (...) (k.51-65), deklaracja zgody na przystąpienie do grupowego ubezpieczenia walor (k.66), ogólne warunki grupowego ubezpieczenia – (...) - (k.67-69).

Powódka jest żoną J. S. (1), który zmarł w dniu 05 listopada 2015 roku w Szpitalu (...) w T. w wyniku zawału serca. Zmarły w dacie śmierci miał 69 lat i był osobą schorowaną. Zmarły cierpiał m.in. na cukrzyce typu 2, utrwalone migotanie przedsionków, nadciśnienie tętnicze. Był również po dwukrotnych zawałach serca i po licznych angioplastykach wieńcowych. Przy zawieraniu umów ubezpieczenia J. S. (1) nie informował ubezpieczyciela o swoim stanie zdrowia, albowiem ze strony ubezpieczyciela nie było szczegółowych pytań w tym zakresie.

Zgon J. S. (1) nastąpił w okresie obowiązywania ww. umów pożyczek.

Dowód: kserokopia odpisu skróconego aktu zgonu (k.21), karta informacyjna w przypadku zgonu pacjenta (k.22-23), zeznania świadka N. S. (k.158-159).

O zgonie J. S. (1), a męża powódki, rodzina zmarłego poinformowała (...) oraz (...). W toku postępowania likwidacyjnego powódka reprezentowana była przez swojego syna N. S.. Jednocześnie reprezentujący powódkę N. S. w imieniu powódki zgłosił roszczenia z tytułu grupowego ubezpieczenia (...) dotyczące zgonu J. S. (1).

Dowód: pismo pozwanej z dnia 17 grudnia 2015 roku (k.70 – 71)

Pismem z dnia 25 stycznia 2016 roku Towarzystwo (...) z siedzibą w S. podjął decyzję o odmowie wypłaty świadczenia z tytułu zgonu J. S. (1) wskazując w treści decyzji, że zgon ubezpieczonego J. S. (1) wskutek zawału serca był następstwem chorób leczonych w okresie 12 miesięcy poprzedzających datę złożenia przez ubezpieczonego deklaracji zgody na przystąpienie do ubezpieczenia.

Dowód: pismo Towarzystwa (...) z siedzibą w S. z dnia 26 stycznia 2016 roku (k.74)

Z powyższą decyzją nie zgodził się reprezentujący powódkę N. S., który w piśmie z dnia 29 lutego 2016 roku odwołał się od decyzji odmowy wypłaty świadczenia, jednakże Ubezpieczyciel pismem z dnia 08 marca 2016 roku nie znalazł podstaw do zmiany swojego stanowiska.

Dowód: pismo N. S. z dnia 29 lutego 2016 roku (k.76-77), pismo Towarzystwa (...) z siedzibą w S. z dnia 08 marca 2016 roku (k.78-79)

Kolejnym pismem z dnia 13 czerwca 2016 roku N. S. skierował do stron pozwanej wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy, domagając się wypłaty świadczenia należnego z umowy ubezpieczenia zawartej w dniu 02 stycznia 2014 roku. W odpowiedzi na powyższe, strona pozwana nie znalazła podstaw do zmiany stanowiska w kwestii odmowy wypłaty świadczenia z tytułu zgonu J. S. (1), wydanej w dniu 25 stycznia 2016 roku, podnosząc, że z dokumentacji zgromadzonej w trakcie rozpatrywania roszczenia wynika, że zgon J. S. (1) wskutek zawału serca był następstwem chorób leczonych w okresie 12 miesięcy poprzedzających datę złożenia deklaracji zgody na przystąpienie do ubezpieczenia.

Ponieważ zgodnie z treścią podpisanej przez męża powódki J. S. (1) deklaracją zgody na przystąpienie do Grupowego Ubezpieczenia Następstw Nieszczęśliwych Wypadków – (...) – z dnia 02 stycznia 2014 roku, nr polisy (...) uprawnionym do otrzymania świadczenia z tytułu umowy ubezpieczenia w części był ubezpieczający, tj. strona pozwana, powódka zwróciła się do (...) z siedzibą w G. z prośbą przelanie na nią wierzytelności przysługującej ubezpieczającemu. W konsekwencji, w dniu 16 października 2017 roku pomiędzy ww. (...), a powódką została zawarta umowa cesji wierzytelności, na mocy której cedent, tj. (...) z siedzibą w G. przeniosła na cesjonariusza, tj. powódkę wierzytelność przysługującą cedentowi na mocy umowy ubezpieczenia zawartej przez jej męża J. S. (1) ze stroną pozwana w dniu 02 stycznia 2014 roku.

Dowód: pismo pozwanej z dnia 28 czerwca 2016 roku (k.81-82), umowa cesji wierzytelności z dnia 16 października 2017 roku (k.91-92)

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił na podstawie powołanych powyżej i zalegających w aktach sprawy dokumentów dopuszczonych w charakterze dowodu przez Sąd.

Wskazane powyżej dokumenty dające podstawę dla poczynienia ustaleń faktycznych w niniejszej sprawie Sąd uznał za autentyczne i wiarygodne. Ich treść i forma nie budziły zastrzeżeń i wątpliwości i nie ujawniły się okoliczności, które podważałyby wiarygodność tych dowodów i godziły w ich moc dowodową od strony materialnej czy formalnej.

Sąd w całości dał wiarę zeznaniom świadka N. S.. Treść tych deponycji korespondowała z zaoferowanym przez powódkę materiałem dowodowym. Podkreślić należy, że z zeznań wymienionego świadka, a syna powódki oraz zmarłego J. S. (1) wynika, że ubezpieczony, tj. jego ojciec J. S. (1) był osobą schorowaną, cierpiał na nadciśnienie oraz cukrzycę. Ponadto, N. S. wprost wskazał, że jego ojciec nie otrzymał od ubezpieczyciela ogólnych warunków ubezpieczenia oznaczonych symbolem (...), na których treść powołuje się strona pozwana i z których wynikałoby, że odpowiedzialność ubezpieczyciela za zgon J. S. (1) byłaby wyłączona.

Sąd rozważył, co następuje:

Powództwo w rozpatrywanej sprawie zasługiwało w całości na uwzględnienie.

Nie było między stronami sporu, że w ramach grupowego ubezpieczenia, do którego przystąpił mąż powódki J. S. (1) w związku z zawarciem umowy pożyczki, pozwany zobowiązał się świadczyć ochronę ubezpieczeniową obejmującą m.in. zajście w postaci śmierci ubezpieczonego. Bezsporne też było zarówno to, że w dniu 05 listopada 2015 roku doszło do śmierci J. S. (1) a więc zaistnienia zdarzenia objętego wskazaną umową, a także i to, że powódka w związku z zawarciem umowy przelewu wierzytelności z ze stroną pozwaną – posiada legitymację czynną do domagania się roszczenia w związku z wystąpieniem wskazanego zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową.

Zgodnie z art. 805 § 1 k.c. przez umowę ubezpieczenia ubezpieczyciel zobowiązuje się, w zakresie działalności swego przedsiębiorstwa, spełnić określone świadczenie w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku, a ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić składkę. Świadczenie ubezpieczyciela polega w szczególności na zapłacie: przy ubezpieczeniu majątkowym – określonego odszkodowania za szkodę powstałą wskutek przewidzianego w umowie wypadku; przy ubezpieczeniu osobowym – umówionej sumy pieniężnej, renty lub innego świadczenia w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku w życiu osoby ubezpieczonej (§ 2 art. 805 k.c.).

Przez umowę ubezpieczenia osobowego ubezpieczyciel zobowiązuje się, w zakresie działalności swego przedsiębiorstwa, spełnić świadczenie, polegające na zapłacie umówionej sumy pieniężnej, renty lub innego świadczenia w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku w życiu osoby ubezpieczonej, a ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić składkę.

Uwzględniając powołane przepisy, a także poczynione powyżej uwagi co do okoliczności, które były między stronami bezsporne, zasadniczy problem w niniejsze sprawie sprowadzał się do oceny czy zaistniały podstawy do zwolnienia się przez pozwanego z odpowiedzialności na podstawie zapisów OWU (ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia) oraz na kim spoczywał ciężar dowodu wykazania tych przesłanek.

Jak wynika z ustalonego w sprawie materiału dowodowego J. S. (1), a mąż powódki zawarł ze stroną pozwaną dwie umowy pożyczki. Zabezpieczeniem spłaty zaciągniętego przez J. S. (1) zobowiązania pieniężnego u strony powodowej było m.in. przystąpienie przez pożyczkobiorcę do umowy ubezpieczenia grupowego. Strona powodowa zaoferowała Sądowi materiał dowodowy w postaci ogólnych warunków ubezpieczeń, jakie przedłożyła strona pozwana mężowi powódki, tj. J. S. (1) i które stanowiły integralną część zawieranych przez zmarłego J. S. (1) umów ubezpieczenia.

Sąd ustalił, że w momencie zawierania pierwszej umowy ubezpieczenia, co miało miejsce w dniu 02 stycznia 2014 roku ubezpieczony, tj. J. S. (1) otrzymał od strony pozwanej ogólne warunki ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków oznaczone nr (...). Z treści tych warunków wynika, że ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku śmierci ubezpieczonego w następstwie zawału serca. Podkreślić należy, że warunki te były bardziej korzystne w stosunku do tych, które w późniejszym okresie zostały przyjęte przez towarzystwo, gdyż statuowały odpowiedzialność ubezpieczyciela w sposób bardziej korzystny dla uprawnionego. Jak wynika z zebranego w sprawie materiału dowodowego 22 czerwca 2015 roku pomiędzy stroną pozwaną, a mężem powódki J. S. (1) została zawarta druga umowa pożyczki, w której również było wymagane przystąpienie przez J. S. (1) do grupowego ubezpieczenia. Integralną część tej umowy stanowiły ogólne warunki ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków oznaczone symbolem (...). W treści tychże warunków, podobnie jak w przypadku zawarcia pierwszej umowy ubezpieczenia grupowego, ustalono odpowiedzialność strony pozwanej z tym, że odpowiedzialność pozwanej została ograniczona. W treści bowiem deklaracji zgody na przystąpienie J. S. (1) do grupowego ubezpieczenia (...) wskazano, że przedmiotem ubezpieczenia następstw nieszczęśliwego wypadku zawału serca lub udaru mózgu, jednakże na mocy § 4 ust. 2 ogólnych warunków odpowiedzialność strony pozwanej została wyłączona, gdy śmierć ubezpieczonego wskutek zawału serca jest następstwem chorób zdiagnozowanych przez lekarza, leczonych lub których objawy występowały w okresie 12 miesięcy poprzedzających datę złożenia przez ubezpieczonego deklaracji zgody na przystąpienie do ubezpieczenia.

Analiza akt wskazuje, że ubezpieczony J. S. (1), będący jednocześnie mężem powódki zmarł 05 listopada 2015 roku. Z kolei jak wynika z karty informacyjnej Szpitala (...) w T., przyczyną zgonu J. S. (1) był zawał serca. Z karty informacyjnej

wynika również, że mąż powódki od wielu lat leczony był kardiologicznie, a ponadto cierpiał na cukrzycę, nadciśnienie oraz w przeszłości przeszedł zawał serca.

W toku postępowania strona pozwana podnosiła, że ubezpieczony, a mąż powódki J. S. (1) w dniu 02 stycznia 2014 roku przystąpił do umowy grupowego ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków (...), na podstawie ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków (...), uchwalonych 25 września 2012 roku i mających zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od 15 października 2012 roku, opatrzonych symbolem (...). Pozwana podnosiła nadto, że J. S. (1) zawarł umowę ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków, potwierdzeniem czego jest wniosek – polisa o nr (...), do której zastosowanie mają ogólne warunki ubezpieczenia opatrzone symbolem (...). Zgodnie z § 4 ust 2 OWU opatrzonych symbolem (...), na który to zapis powoływał się pozwany, nie ponosi on odpowiedzialności za śmierć ubezpieczonego wskutek zawału serca lub udaru mózgu, jeżeli jest ona następstwem chorób zdiagnozowanych przez lekarza, leczonych lub których objawy występowały w okresie 12 miesięcy poprzedzających datę złożenia przez ubezpieczonego deklaracji zgody na przystąpienie do ubezpieczenia. W orzecznictwie niekwestionowane jest stanowisko, iż zawarte w ogólnych warunkach ubezpieczenia postanowienia (klauzule), że w pewnych przypadkach szkoda nie jest objęta ubezpieczeniem, nie są niczym innym, jak tylko zastrzeżeniem (wyjątkiem) na korzyść ubezpieczyciela. Jeśli zatem chce on z tego zastrzeżenia skorzystać, musi przeprowadzić, zgodnie z regułą ustanowioną w art. 6 k.c., dowód co do faktów wskazujących na taki przypadek (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 9 czerwca 2015 r., sygn. akt VI ACa 1179/14, Lex nr 1765975; wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z dnia 17 stycznia 2014 r., sygn. akt I ACa 659/13, Lex nr 1425368).

Na powódce spoczywał obowiązek wykazania, że pozwany świadczył ochronę ubezpieczeniową, którą objęte było zdarzenie w postaci śmierci jej męża J. S. (1) a nadto, iż w związku z zaistnieniem tego zdarzenia pozwany zobowiązany był do wypłaty ściśle określonego świadczenia, oraz że przysługuje jej legitymacja do domagania się zapłaty tej kwoty. Wskazany obowiązek powódka uczyniła zadość. Pozwany z kolei wbrew ciężącemu na nim obowiązkowi nie wykazał, aby zaistniały podstawy do zwolnienia się przez niego z odpowiedzialności za zapłatę świadczenia w związku z zajściem zdarzenia objętego ubezpieczeniem. Strona pozwana nie wykazała, aby mężowi powódki został wydany tekst ogólnych warunków ubezpieczenia oznaczony symbolem (...), wśród których znajdował się zapis, na który powołuje się strona pozwana, dotyczący wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela, gdy przyczynę śmierci wskutek zawału serca lub udaru mózgu ubezpieczonego stanowi choroba rozpoznana w okresie 12 miesięcy poprzedzających datę złożenia przez ubezpieczonego deklaracji zgody na przystąpienie do ubezpieczenia.

Charakter umowy ubezpieczenia uniemożliwia dokonywanie przez ubezpieczyciela w każdym wypadku własnych ustaleń co do okoliczności wpływających na zakres ryzyka ubezpieczeniowego, co wymusza oparcie się na deklaracji ubezpieczającego, który ma obowiązek podać w niej wszystkie okoliczności, o które został zapytany, nie ma natomiast obowiązku informowania o innych okolicznościach. Jeżeli ubezpieczający nie udzieliłby odpowiedzi, a mimo to ubezpieczyciel zawarłby umowę ubezpieczenia, to pominięte nieujawnione okoliczności uważa się za nieistotne i brak jest podstaw do zwolnienia się z odpowiedzialności ubezpieczyciela. W niniejszej sprawie, co wynika z treści depozycji N. S. pozwana odstąpiła od szczegółowego rozpytania J. S. (1) o jego stan zdrowia, toteż ubezpieczony udzielił ubezpieczycielowi ogólnych informacji w tym zakresie. Nie budzi wątpliwości, że umowa ubezpieczenia stanowi umowę najwyższego zaufania, a strona ubezpieczona nie ma rzeczywistego wpływu na treść postanowień umowy ubezpieczenia. Skoro pozwana zrezygnowała z możliwości zweryfikowania i oceny ryzyka ubezpieczeniowego, to zawarcie umowy ubezpieczenia bez szczegółowego przeprowadzenia wywiadu o stan zdrowia ubezpieczonego oznacza przyjęcie ryzyka zajścia wypadku ubezpieczeniowego uzależnionego od przyczyn zaistniałych przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia. Trudno oczekiwać od przeciętego człowieka, aby dokonał za ubezpieczyciela oceny zakresu ewentualnej odpowiedzialności ubezpieczyciela przez pryzmat swojego stanu zdrowia i powiązania tego stanu z ewentualnymi włączeniami odpowiedzialności, o których mowa w § 8 ust. 2 owu oznaczonych symbolem (...). Przyjąć należy, że to na ubezpieczycielu, jako profesjonalnej stronie umowy ubezpieczenia, ciąży obowiązek uzyskania informacji dotyczących ryzyka ubezpieczeniowego i jego oceny. Jeżeli ubezpieczyciel nie zadawał szczegółowych pytań dotyczących stanu zdrowia J. S. (1), a przynajmniej okoliczności tej nie wykazała strona pozwana

i odstępuje od podjęcia jakichkolwiek czynności zmierzających do ustalenia ryzyka ubezpieczeniowego, to ewentualne okoliczności dotyczące ubezpieczonego istniejące przed zawarciem umowy ubezpieczenia nie wpływają na zakres jego odpowiedzialności.

W istocie wskazać należy, że uwzględniając stosunkowo duże ryzyko zgonu w wyniku chorób serca, zawarcie umowy ubezpieczenia może w istocie prowadzić do wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela już w chwili zawarcia umowy, skutkiem czego ubezpieczyciel byłby uprawniony do pobierania składek bez ponoszenia ryzyka ubezpieczeniowego. Niewątpliwie stan zdrowia J. S. (1) już w chwili przystąpienia do ubezpieczenia zwiększał ryzyko ubezpieczeniowe, co w razie jego oceny mogłoby prowadzić do odmowy zawarcia umowy ubezpieczenia przez ubezpieczyciela. Skoro podstawą wyłączenia odpowiedzialności pozwanej są okoliczności wynikające ze stanu zdrowia ubezpieczonego istniejące w dacie zawarcia umowy ubezpieczenia lub przed tą datą, to ubezpieczyciel winien zadbać o rozpytania o te okoliczności, a skoro tego zaniechał, nie może korzystać z ochrony.

W związku z powyższym samo stwierdzenie przez ubezpieczyciela w pismach procesowych kierowanych do powódki i w replice na pozew, że jego zdaniem śmierć męża powódki nastąpiła w wyniku zawału serca, który z kolei był wynikiem chorób, na które cierpiał J. S. (1) w okresie 12 miesięcy poprzedzających datę złożenia przez ubezpieczonego deklaracji zgody na przystąpienie do ubezpieczenia nie daje podstawy do wyłączenia odpowiedzialności pozwanej za zaistniałe zdarzenie. Zauważyć trzeba, że okoliczność ta mogła zostać ustalona i dokonana przez Sąd jedynie w oparciu o opinię biegłego, który wypowiedziałby się która z chorób, na jaką cierpiał J. S. (1) została zdiagnozowana, albo była leczona albo której objawy wystąpiły w okresie ostatnich 12 miesięcy poprzedzających zawarcie ubezpieczenia. Okoliczność ta winna zostać wykazana w oparciu o specjalistę posiadającego fachową wiedzę medyczną, który ustaliłby choroby, które J. S. (1) miał zdiagnozowane w dacie zawierania ubezpieczenia mogły w przyszłości pośrednio lub bezpośrednio skutkować zawałem mięśnia sercowego. Biegły musiałby w sposób jednoznaczny wypowiedzieć się, że zawał serca, w wyniku którego nastąpił zgon ubezpieczonego był następstwem chorób zdiagnozowanych u J. S. (1) przez lekarza lub których objawy występowały w okresie 12 miesięcy poprzedzających datę złożenia przez ubezpieczonego deklaracji zgody na przystąpienie do ubezpieczenia. Powyższe zaś prowadzi do wniosku, że pozwany nie wykazał przesłanki generacyjnej. Wystąpienie zdarzenia, które zgodnie z postanowieniami OWU pozwala na zwolnienie się przez ubezpieczyciela z odpowiedzialności, nie może być rozważane na gruncie przypuszczeń czy hipotez. Zdarzenie takie musi zostać wykazane w sposób nie budzący wątpliwości. Taka zaś sytuacja w niniejszej sprawie nie miała miejsca. Pozwany zatem wbrew ciężącemu na nim obowiązkowi nie wykazał, że zaistniały przesłanki do zwolnienia się przez niego z odpowiedzialności za zajście zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, tj. śmierć J. S. (1).

Powódka jest uprawniona z tytułu umowy ubezpieczenia jako wierzycielności przysługującej ubezpieczającemu, tj. (...) z siedzibą w G., na mocy umowy cesji wierzycielności. W tym miejscu zaakcentować trzeba, że zgodnie z deklaracją do wysokości niespłaconego kapitału pożyczki, uprawnionym do świadczenia z umowy ubezpieczenia jest ubezpieczający. Jak wynika zaś z ustaleń Sądu Okręgowego w Tarnowie w sprawie I C 33/17 oraz z dokumentów przedłożonych przez (...) z siedzibą w G. do pozwu w tamtejszej sprawie wysokość niespłaconego kapitału pożyczki wynosi 112.076, 29 zł.

Mając powyższe na uwadze Sąd w całości uwzględnił powództwo powódki zasądził na jej rzecz kwotę 112.076, 29 zł wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie liczonymi od dnia 28 grudnia 2017 roku, orzekając jak w punkcie I wyroku.

Odsetki od zasądzzonego świadczenia zgodnie z art. 481 k.c. Sąd zasądził zgodnie z żądaniem pozwu od dnia wniesienia tj. od dnia 28 grudnia 2017 roku do dnia zapłaty.

O kosztach postępowania, na które składa się wynagrodzenie pełnomocnika z opłatą skarbową w łącznej kwocie 5417 zł orzeczono na podstawie art. 98 §1 k.p.c. jak w punkcie II wyroku.

SSO Irena Choma - Piotrowska